

109044, г. Москва,
ул. Воронцовская,
д.20, помещение VI.



тел.: +7 (495) 775-38-48
e-mail: info@babysmiledent.ru
site: www.FamilySmileDent.ru
www.BabySmileDent.ru

ООО Клиника «Голливуд», ОГРН 1117746930839 / ИНН 7707763360 / КПП 770501001

Анкета о состоянии здоровья ребенка.

Уважаемые родители!

Просим Вас уделить время для заполнения данной анкеты. Предоставленная информация является крайне важной для обеспечения успешного и безопасного стоматологического лечения Вашего ребенка.

Фамилия Имя Отчество ребенка _____

Дата рождения ребенка _____

Пожалуйста, укажите Ваш адрес электронной почты: _____

1. Имеются ли у ребенка в настоящее время или были в прошлом заболевания:

- Заболевания крови
- Заболевания желудочно-кишечного тракта
- Заболевания сердца / Заболевания почек
- Заболевания Нервной Системы
- Болезни органов дыхания / Заболевания эндокринной системы

2. Принимает ли Ваш ребенок в настоящее время какие-либо лекарственные препараты? ___ Да/ Нет

Если да, какие? _____

3. Имеются ли у ребенка аллергические реакции? _ _ _ _ _ Да / Нет

Если да, то: на что бывает аллергия _____

Укажите, в чем проявляется аллергическая реакция (сыпь, зуд, отек, покраснение, слезотечение, анафилактический шок и др.) или _____

Последняя аллергическая реакция была _____

4. Какие травмы / операционные вмешательства / госпитализации перенес ребенок?

5. Дополнительные сведения о состоянии здоровья Вашего ребенка: _____

Я, нижеподписавшийся(аяся) _____

(Ф.И.О родителя или иного законного представителя)

Правильно ответил(а) на все вопросы анкеты о здоровье. Мне известно, что результаты лечения зависят от состояния здоровья ребенка. Мне известно, что сведения о состоянии здоровья необходимо обновлять не реже 1 раза в год.

Дата « ___ » _____ 20__ г. / _____ / _____

Подпись

Расшифровка

Номер карты _____